DERMOCITY
CONCEPT STORE

FORMULARZ ZWROTU TOWARU

Numer zamówienia: _____

Data zamówienia: _____

Numer faktury lub paragonu: _____

Imię i nazwisko: _____

Adres: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	CENA BRUTTO	PRZYCZYNA ZWROTU*

*Konieczna do podania w razie przekroczenia 14 dniowego okresu zwrotu.

Numer rachunku bankowego, na który ma zostać dokonany zwrot płatności:

Oświadczam, że znane mi są warunki zwrotu towaru określone w Regulaminie sklepu.

_____
Czytelny podpis klienta

Adres zwrotu:

Dermocity Sp. z o.o.
ul. Grójecka 194/U12, 02-390 Warszawa
sklep@dermocity.pl
tel. +22 734 27 96